



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2-4 WEEKS
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ: 2-4 НЕДЕЛИ

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)	ИМЯ РЕБЕНКА _____			ДАТА РОЖДЕНИЯ _____	
	АЛЛЕРГИИ _____			ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА _____	
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ				
	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок хорошо спит.		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок смотрит мне в лицо.
	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок хорошо ест и сосет.		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Если ребенок плачет, его можно успокоить, взяв на руки или начав с ним говорить.
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок слышит звуки.		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Я обеспокоен(а) тем, что у меня слишком часто бывают периоды грусти.	
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE	Diet _____		
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history <hr/> <hr/>			Elimination _____		
Screening: Hearing N A _____ Vision N A _____ Development N A _____ Behavior N A _____ Social/Emotional N A _____ Gross Motor N A _____ Fine Motor N A _____			Sleep _____		
			<input type="checkbox"/> PKU <input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> Other _____		
			Health Education/Anticipatory Guidance: (Check all completed)		
			<input type="checkbox"/> Family Planning <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Sleeping on back <input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Crib Safety <input type="checkbox"/> Shaken Baby Syndrome <input type="checkbox"/> Infant Bond <input type="checkbox"/> Feeding/colic <input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Passive Smoke <input type="checkbox"/> No bottle in bed <input type="checkbox"/> Child care <input type="checkbox"/> Appropriate Car Seat <input type="checkbox"/> Other: _____		
			Assessment: _____ <hr/> <hr/>		
			IMMUNIZATIONS GIVEN		
			REFERRALS		
NEXT VISIT: 2 MONTHS OF AGE			HEALTH PROVIDER NAME		
HEALTH PROVIDER SIGNATURE			HEALTH PROVIDER ADDRESS		

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (2-4 weeks)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Washington Neonatal Screens

- Congenital adrenal hyperplasia (CAH).
- Hemoglobinopathies (Hgb).
- Phenylketonuria (PKU).
- Congenital hypothyroidism (CH).

Hearing Screen

Screen infants with these risk factors:

- Family history of childhood hearing impairment.
- History of congenital prenatal infection with herpes, syphilis, rubella, cytomegalovirus or toxoplasmosis.
- Malformations involving the head or neck (e.g., dysmorphic and syndrome abnormalities, cleft palate, abnormal pinna).
- Birth weight below 1500 grams.
- Bacterial meningitis.
- Hyperbilirubinemia requiring exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia (Apgar scores of 0-3, absence of spontaneous respirations for 10 minutes or hypotonia at 2 hours of age).
- Parents concerned about infant's hearing.

Hepatitis B Vaccine

Dosing schedule:

- First dose at birth or other starting date.
- Second dose at least one month after the first dose.

Developmental Milestones

Always ask parents if they have concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or the Denver II, or the ELMS2 (a language screen).

Yes No

- Regards face.
 Lifts head while prone.
 Moves extremities equally.
 Mother responds to infant cues.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on even *one* of the underlined items, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies with questions or concerns on childhood development.**



ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА – МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ: 2-4 НЕДЕЛИ
WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2-4 WEEKS

(Соответствует нормам EPSDT)

ДАТА

МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ: 2-4 НЕДЕЛИ

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)	ИМЯ РЕБЕНКА		ДАТА РОЖДЕНИЯ	
	АЛЛЕРГИИ		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА	
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ			
	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Мой ребенок хорошо спит.		Мой ребенок смотрит мне в лицо.	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Мой ребенок хорошо ест и сосет.		Если ребенок плачет, его можно успокоить, взяв на руки или начав с ним говорить.	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Мой ребенок слышит звуки.		Я обеспокоен(а) тем, что у меня слишком часто бывают периоды грусти.	
ВЕС, КГ/УНЦИИ (ПРОЦЕНТИЛЫ)	РОСТ, СМ/ДЮЙМОВ (ПРОЦЕНТИЛЫ)	ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ (ПРОЦЕНТИЛЫ)		
<input type="checkbox"/> Проверка систем организма <input type="checkbox"/> Проверка семейного анамнеза		Питание _____		
		Выделения _____		
		Сон _____		
		<input type="checkbox"/> Фенилкетонурия <input type="checkbox"/> Проверка карты прививок		
		<input type="checkbox"/> Другое: _____		
Обследования:		Санитарное просвещение/заблаговременные указания: (отметьте пройденные темы)		
Слух	Нет <input type="checkbox"/>	Есть <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Планирование семьи <input type="checkbox"/> Безопасность <input type="checkbox"/> Сон на спине	
Зрение	Нет <input type="checkbox"/>	Есть <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Развитие <input type="checkbox"/> Безопасность <input type="checkbox"/> Синдром сотрясения детских кроваток ребенка	
Развитие	Нет <input type="checkbox"/>	Есть <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Связь с ребенком <input type="checkbox"/> Кормление/колики <input type="checkbox"/> Жар	
Поведение	Нет <input type="checkbox"/>	Есть <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Пассивное курение <input type="checkbox"/> Никаких бутылочек <input type="checkbox"/> Уход за детьми в кровати	
Социальное/ эмоциональное развитие	Нет <input type="checkbox"/>	Есть <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Подходящее детское автомобильное сиденье	
Грубая моторика	Нет <input type="checkbox"/>	Есть <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Другое: _____	
Тонкая моторика	Нет <input type="checkbox"/>	Есть <input type="checkbox"/>		
Нарушения:	Нет <input type="checkbox"/>	Есть <input type="checkbox"/>	Оценка: _____	
Общий внешний вид	Нет <input type="checkbox"/>	Есть <input type="checkbox"/>		
Кожа	Нет <input type="checkbox"/>	Есть <input type="checkbox"/>		
Голова/родничок	Нет <input type="checkbox"/>	Есть <input type="checkbox"/>		
Глаза	Нет <input type="checkbox"/>	Есть <input type="checkbox"/>		
Уши	Нет <input type="checkbox"/>	Есть <input type="checkbox"/>		
Нос	Нет <input type="checkbox"/>	Есть <input type="checkbox"/>		
Ротовая полость	Нет <input type="checkbox"/>	Есть <input type="checkbox"/>		
Психическое здоровье	Нет <input type="checkbox"/>	Есть <input type="checkbox"/>		
	Легкие <input type="checkbox"/> Грудная клетка <input type="checkbox"/>			
	Сердечно-сосудистая система/пульс <input type="checkbox"/> Живот <input type="checkbox"/>			
	Половые органы <input type="checkbox"/> Позвоночник <input type="checkbox"/>			
	Конечности <input type="checkbox"/> Неврологическое состояние <input type="checkbox"/>			
Опишите выявленные нарушения:				
<input type="checkbox"/> СДЕЛАННЫЕ ПРИВИВКИ				
<input type="checkbox"/> НАПРАВЛЕНИЯ				
СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ: В ВОЗРАСТЕ 2 МЕСЯЦЕВ		ИМЯ ВРАЧА ИЛИ НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ		
ПОДПИСЬ ВРАЧА		АДРЕС ВРАЧА ИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ		

Здоровье вашего малыша в возрасте 2 недель

Важнейшие моменты

Как развивается ваш малыш в возрасте от 2 недель до 2 месяцев.

Смотрит вам в лицо, когда вы его держите, следит за вашими движениями.

Реагирует на ваш голос.

Показывает, что слышит звуки, пугаясь, моргая или начиная кричать.

Двигает ручками и ножками, пытается поднять головку, лежа на животике.

Дает вам понять, что ему нужно, начиная шуметь или кричать.

Играя с ребенком, вы учите его новым вещам.

Помощь или подробная информация

Чтобы найти врача или получить бесплатную или недорогую страховку для ребенка: Информационно-справочная линия программы «Здоровые мамы – здоровые дети» (Healthy Mothers, Healthy Babies) – 1-800-322-2588 или 1-800-833-6388 (TTY).

Информация о кормлении грудью, питании и здоровье: Программа «Женщины, младенцы и дети» (Women, Infant, Children (WIC) Program), звоните по телефону Информационно-справочной линии программы «Здоровые мамы – здоровые дети» (смотрите номера телефонов выше).

Безопасность детских автомобильных сидений: Коалиция по защитным удерживающим устройствам (Safety Restraint Coalition): 1-800-BUCK-L-UP или 1-800-833-6388 (TTY).

Советы по сохранению здоровья

Научитесь определять, когда ваш ребенок голоден, чтобы вы могли покормить ребенка, прежде чем он начнет кричать. Ребенок может начать шуметь или поворачивать голову к вашему телу, когда вы держите его на руках.

Грудное молоко – наилучшая пища для детей, пока им не исполнится хотя бы год. Продолжайте кормить ребенка грудью как можно дольше.

Если вы кормите ребенка из бутылочки, берите его на руки при кормлении. Ребенку необходимо в время быть рядом с вами.

Прививки защищают вашего ребенка от 12 серьезных заболеваний. Проследите за тем, чтобы прививки ребенку были сделаны вовремя.

ВСЕГДА укладывайте ребенка спать на спину, чтобы снизить риск синдрома внезапной детской смерти (SIDS). Кроме того, не используйте мягкое постельное белье, а также убирайте плюшевые игрушки из детской кроватки.

Держите ребенка подальше от людей, простуженных, с кашлем. Следите за тем, чтобы люди, которые берут ребенка на руки или ухаживают за ним, часто мыли руки.

Советы по воспитанию детей

Подарите ребенку радость своего внимания. Уделяйте достаточно времени тому, чтобы держать его на руках, смотреть ему в глаза, нежно с ним разговаривать. Он видит и слышит вас. Он уже учится!

Ваш ребенок начинает шуметь и кричать, чтобы дать вам понять, чего он хочет. Успокойте его, если он кричит. Держа ребенка на руках, вы ни в коем случае не балуете его.

Советы, касающиеся безопасности

При каждой поездке на машине используйте детское автомобильное сиденье, усаживая ребенка лицом назад. Пристегивайте его на заднем сиденье, подальше от воздушных подушек безопасности.

НИ В КОЕМ СЛУЧАЕ не трясите ребенка, так как это может привести к крайне тяжелым повреждениям головного мозга. Убедитесь в том, что все, кто ухаживает за ребенком, знают об этом.